# MODELLO DI DOMANDA PART-TIME - PERSONALE A.T.A.

l sottoscritt nat a (prov.) il titolare presso in qualità di , ai sensi dell’art. 58 (personale A.T.A.) del C.C.N.L. 29/11/2007 – Comparto Scuola - e dell’O.M. n. 446 del 22/7/1997,

# CHIEDE

* **LA TRASFORMAZIONE** del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale;
* **LA MODIFICA** del precedente orario di part-time e/o tipologia dell’orario di servizio;

**COMUNICA**

* **LA CONFERMA** del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale già in essere (in questo caso non occorre compilare la dichiarazione sottostante);

# a decorrere dal 01/09/ e secondo la seguente tipologia:

* TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE per n. ore / (articolazione della prestazione del servizio su tutti i giorni lavorativi)
* TEMPO PARZIALE VERTICALE per n. ore \_/ nei seguenti giorni della settimana:

(articolazione della prestazione del servizio su non meno di tre giorni lavorativi)

* TEMPO PARZIALE MISTO ( articolazione della prestazione risultante dalla combinazione delle due modalità lett. A e B)

A tale fine dichiara:

1. di avere l’anzianità complessiva di servizio: aa mm: gg: ;
2. di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza previsti dall’art.7 c. 4 del D.P.C.M. n. 117/88:
   1. portatore di handicap o invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie; (**documentare con dichiarazione personale**)
   2. persone a carico per le quali è riconosciuto l’assegno di accompagnamento di cui alla L.11/2/80, n. 18; (**documentare con dichiarazione personale** )
   3. familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico e grave debilitazione psicofisica; (**documentare con certificazione in originale o copia autenticata rilasciata dall’ASL o da preesistenti Commiss. Sanitarie Provinciali**);
   4. figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d’obbligo; (**documentare con dichiarazione personale** );
   5. familiari che assistono persone portatrici di handicap non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti, nonché genitori con figli minori in relazione al loro numero; (**documentare con dichiarazione personale** );
   6. esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall’Amministrazione di competenza; (**documentare con idonea certificazione**).

**l sottoscritt in caso di trasferimento o di passaggio di profilo si impegna a rettificare i dati relativi alla sede di titolarità e a confermare la domanda di tempo parziale (***solo per il personale ATA)*

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali:

Data

**Firma di autocertificazione**

Firma

(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000 -da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all’impiegato della scuola)

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell’ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Decreto legislativo 30.6.2003, n. 196 e Regolamento ministeriale 7.12.2006, n. 305)

Data firma

**Riservato alla istituzione scolastica:** Assunta al protocollo della scuola al n. del

Preso atto della dichiarazione resa dall’interessato, si dichiara che la richiesta e l’orario di riduzione di lavoro a tempo parziale **E’ COMPATIBILE** con l’organizzazione dell’orario di servizio scolastico. **SI ESPRIME,** pertanto, parere favorevole alla trasformazione/modifica del rapporto **di lavoro a tempo parziale del/della richiedente.**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Data